

限 度 額 適 用

国民健康保険

認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

被保険者証記号番号								_____年____月____日		
世帯主	住所	府中市 町 番地								
	氏名	印		生年月日	年	月	日	男・女		
限度額適用 減額対象者	氏名	印		生年月日	年	月	日	男・女		
	世帯主との続柄									

長期入院		該 当	非該当							
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)			令和	年	月	日から	日間		
				令和	年	月	日まで			
	入院をした保険医療機関等			名 称						
				所在地						
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)			令和	年	月	日から	日間		
				令和	年	月	日まで			
	入院をした保険医療機関等			名 称						
				所在地						
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)			令和	年	月	日から	日間		
				令和	年	月	日まで			
	入院をした保険医療機関等			名 称						
				所在地						
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)			令和	年	月	日から	日間		
				令和	年	月	日まで			
	入院をした保険医療機関等			名 称						
				所在地						
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)			令和	年	月	日から	日間		
				令和	年	月	日まで			
	入院をした保険医療機関等			名 称						
				所在地						

市区町村長が 証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に _____年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。					
	_____、 _____、 _____、 _____、 _____、 _____、 市町村長名 _____ 印					

交付 【 限度額適用 限度額適用・標準負担額減額 】

差替 【 有 回収 】

限度額適用・標準負担額減額認定申請書の添付書類

所得の情報				
名 前				
令和 年中の 収入	公 的 年 金 (老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金、退職年金等)	_____ 円	_____ 円	_____ 円
	給 与 (パート収入等含)	_____ 円	_____ 円	_____ 円
	年金・給与以外の所得 ( ) 所得 <収入－必要経費>	_____ 円	_____ 円	_____ 円
私及び私の世帯の世帯員の市民税課税状況の確認に同意します。				
名 前 (世帯主) _____ 印				
(注)				
●上記については低所得Ⅰの区分の適用を受けることを希望する場合について記入してください。低所得Ⅰの区分は、世帯主及び国民健康保険に加入されている同じ世帯の方全員が市民税非課税であって、世帯の方それぞれの給与、年金等の収入から必要経費・控除額(年金については控除額80万円)を差し引いたとき各所得がいずれも0円となる場合に対象となります。				
●世帯主及び国民健康保険に加入されている同じ世帯の方全員について、それぞれの所得額を公的年金・給与・その他の所得に分けてご記入ください。				
●所得はすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない所得(障害又は遺族に係る年金・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金等)は除きます。				
●公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告書の写し、公的年金及び給与収入額を確認できる所得(課税)証明書等の収入額を確認できる書類を添付してください。収入額を確認できる書類がなく、かつ、収入額を証明できる書類の発行されていない収入については添付不要です。				

合計収入額 _____ 円	判定結果	
	低Ⅰ	低Ⅱ

課 長		係 長		係 員	
--------	--	--------	--	--------	--